Montamat

1902

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES KYSTES

GÆRTNÉRIENS DU COL UTÉRIN

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✲). . . . . DOYEN
FORGUE. . . . . ASSESSEUR

PROFESSEURS

Hygiène	MM. BERTIN-SANS(✲)
Clinique médicale	GRASSET (✲).
Clinique chirurgicale	TEDENAT.
Clinique obstétricale et gynécologie	GRYNFELTT.
— —	M. VALLOIS. (ch. du cours).
Thérapeutique et matière médicale	HAMELIN (✲).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✲).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicale	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE.
Clinique ophtalmologique	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS.
Opérations et appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.

DOYEN HONORAIRE : M. VIALLETON.
PROFESSEURS HONORAIRES : MM. JAUMES, PAULET (O. ✲).

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Accouchements	MM. PUECH, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	VIRES, agrégé.
Pathologie externe	DE ROUVILLE, agrégé.
Pathologie générale	RAYMOND, agrégé.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM. BROUSSE	MM. VALLOIS	MM. L. IMBERT
RAUZIER	MOURET	H. BERTIN-SA
MOITESSIER	GALAVIELLE	VEDEL
DE ROUVILLE	RAYMOND	JEANBRAU
PUECH	VIRES	POUJOL

M. H. GOT, *secrétaire.*

EXAMINATEURS DE LA THÈSE : MM. TEDENAT, *président.* BROUSSE. VALLOIS. VIRES.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertati
qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'ent
eur donner ni approbation ni improbation.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

N° 85

DES

KYSTES

GÆRTNÉRIENS DU COL UTÉRIN

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de médecine de Montpellier

LE 21 JUILLET 1902

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

PAR

E. MONTAMAT

Né à Roquesserrière (Haute-Garonne)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER

IMPRIMERIE CENTRALE DU MIDI

(HAMELIN FRÈRES)

—

1902

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

LE DOCTEUR MONTAMAT

A MA MÈRE

E. MONTAMAT.

A MA SŒUR

A MON BEAU-FRÈRE

LE DOCTEUR GENDRE

E. MONTAMAT.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TÉDENAT

E. MONTAMAT.

A MESSIEURS LES PROFESSEURS AGRÉGÉS

BROUSSE, VALLOIS, VIRES,
L. IMBERT, VEDEL ET JEANBRAU

MEIS ET AMICIS

E. MONTAMAT.

INTRODUCTION

Durant notre stage dans les hôpitaux de Montpellier, notre maître M. le professeur Tédenat a plusieurs fois signalé devant nous l'importance des débris des corps de Wolff et plus encore du canal de Wolff, de la genèse des kystes qui prennent naissance au voisinage de l'ovaire ou du muscle utérin.

Cette opinion, sur laquelle nous entendons M. le professeur Tédenat insister depuis plusieurs années, au sujet des cas de son service, semble avoir eu, en ce moment, un regain d'actualité. Dans quelques thèses, en effet, passées depuis peu de temps, on considère la persistance et l'accroissement du canal de Wolff comme l'origine principale des kystes du vagin ou du ligament large. Toutefois on a peu insisté jusqu'ici, en France tout au moins, sur les kystes qui se développent dans le col de l'utérus.

Le col de l'utérus est cependant le siège fréquent de kystes, et nous nous sommes demandé si la persistance de la partie inférieure du canal de Wolff où canal de Gærtner n'intervenait pas plus souvent qu'on ne l'a cru jusqu'ici pour en expliquer les formations. Les recherches que nous avons faites sur ce sujet nous permettent d'affirmer que les auteurs français font une place trop restreinte aux kystes gærtnériens

du col. Et cependant l'on ne conçoit pas bien pourquoi les restes du corps de Wolff donneraient naissance, à leur partie supérieure, à des formations kystiques du ligament large, à leur partie inférieure à des kystes du vagin, et ne joueraient aucun rôle vers le milieu de leur trajet, c'est-à-dire au niveau du col utérin. Nous voudrions donc, dans ce travail, développer cette idée, que les canaux de Gærtner possèdent, dans la genèse des kystes du col utérin, un rôle qu'on ne leur a pas assez reconnu jusqu'ici et exposer les recherches qui nous permettent de poser cette affirmation.

Ce sera pour nous l'occasion de dire à M. le professeur Tédenat combien nous lui sommes reconnaissant d'avoir bien voulu accepter la présidence de notre thèse. Depuis longtemps déjà son service nous est familier, et c'est à son enseignement, toujours pratique et attrayant, que nous devons les connaissances de clinique chirurgicale que nous possédons. Il nous permettra de le remercier de la bienveillance qu'il a bien voulu nous témoigner en toutes circonstances.

Nous prions M. le doyen Mairet et MM. les professeurs Ducamp et Sarda d'agréer l'expression de notre profonde gratitude.

MM. les professeurs agrégés Vires, Vedel et Jeanbrau, ont été pour nous des amis autant que des maîtres. Qu'ils soient remerciés pour le bon accueil que nous avons toujours trouvé auprès d'eux.

Nous sommes heureux d'adresser nos remerciements à nos chers et anciens amis les docteurs Malbois, Reynès, Soubeyran et Bousquet, interne, qui nous ont toujours donné tant de preuves d'attachement.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES KYSTES

GÆRTNÉRIENS DU COL UTÉRIN

EMBRYOLOGIE

Il nous paraît indispensable, pour bien concevoir l'existence et la genèse des kystes Gærtnériens quel que soit leur siège, de rappeler quelques points de l'embryologie de l'appareil urinaire et de l'appareil génital dont le développement, on le sait, est étroitement uni. Nous nous efforcerons, d'ailleurs, dans ce chapitre, de passer rapidement sur les points qui n'auraient que de lointains rapports avec notre sujet.

1° Appareil urinaire. — Il se développe en trois phases chez les animaux supérieurs, de même que dans l'échelle des êtres il est représenté par trois organes différents :

A) *Pronéphros*. — C'est le premier rudiment de l'appareil urinaire. Il consiste en un tube creux provenant de l'épithélium de la cavité pleuro-péritonéale en une région qui correspond à ce qui sera le cou. Ce diverticule se dirige

d'abord en haut et en dedans, puis se coude pour se diriger en arrière, en suivant l'axe longitudinal du corps et s'ouvrir dans la partie terminale de l'intestin, au point où sera le cloaque. Ainsi est donc constitué le canal de Wolff. Il peut servir de voie d'excrétion à la sérosité pleuro-péritonéale. Les canaux de Wolff auront, dans le sexe masculin, un rôle qui nous intéresse peu ici. Dans le sexe féminin, il a d'ordinaire complètement disparu chez l'adulte; cependant Beigel, Dorhn, ont constaté que sa partie inférieure persiste d'ordinaire sous la forme d'un canal fort étroit logé dans le col de la matrice et que révèlent des coupes transversales. Nous verrons aussi que chez beaucoup de mammifères comme les ruminants, les suidés, les canaux de Wolff très réduits existent et constituent les canaux de Gærtner.

B) *Mésonéphros* ou Corps de Wolff. — C'est déjà une véritable glande qui, après un délai plus ou moins long suivant les espèces animales, vient remplacer le pronéphros. Toute la partie du canal de Wolff, qui était située en avant de ce qui sera la région dorso-lombaire, s'atrophie et disparaît. Mais ce qui reste du canal se met en communication avec la cavité pleuro-péritonéale. En effet, l'épithélium de cette cavité émet des diverticules qui vont s'ouvrir dans la partie postérieure, seule persistante du canal de Wolff, et s'implanter sur lui comme les dents d'un peigne sur le dos du peigne. L'extrémité ouverte dans la cavité péritonéale prend le nom de néphrostome. Mais le néphrostome ne tarde pas à s'oblitérer en même temps que chaque tube du corps de Wolff émet un diverticule creux, qui se met au contact d'une artériole émanée de l'aorte, pour former avec elle un glomérule de Malpighi. Dès ce moment, le corps de Wolff a perdu toute connexion avec la grande cavité pleuro-péritonéale et constitue un véritable rein primitif, qui collecte les liquides

filtrés au niveau des glomérules et les conduit à la partie postérieure de l'intestin primitif, au point où a pris naissance l'allantoïde, où sera par conséquent la vessie. Cet organe constitue l'appareil urinaire définitif des anatomistes ; mais, chez les oiseaux et les mammifères, il ne tarde pas à se transformer encore, et ce qui en reste se met en rapport avec l'appareil génital. Nous y reviendrons.

C) Métanéphros. — C'est le rein définitif, qui chez les oiseaux et les mammifères va remplacer le mésonéphros. Il se forme par un processus qui a donné lieu à de nombreuses recherches, mais qui aujourd'hui paraît établi. La partie toute postérieure du canal de Wolff émet un bourgeon creux qui sera l'uretère, et qui se dirige vers la partie antérieure du corps du fœtus pour s'arrêter au niveau de la région où sera le rein. L'extrémité antérieure du tube se dichotomise, se ramifie, donnant ainsi naissance aux tubes droits, qui se mettent en rapport avec des glomérules par le mécanisme déjà vu à propos du mésonéphros.

L'embryologie de cet appareil urinaire ne nous intéresserait guère, si chacun des éléments, que l'on retrouve aux différents stades de son évolution, disparaissait complètement pour faire place aux formations futures; mais l'on retrouve chez l'adulte des traces de ces différents termes de passage, et ces restes embryonnaires viennent se mettre en rapport avec l'appareil génital dont nous allons maintenant rappeler le développement embryonnaire.

2° Appareil génital. — *A) Ovaire.* — Entre le mésentère et le corps de Wolff se forme une masse mésodermique revêtue par l'épithélium cylindrique de la grande cavité pleuro-péritonéale. C'est l'éminence germinale, que recouvre l'épithélium germinatif. Ce dernier renferme des cellules

différenciées qui sont les ovules primordiaux. Cette formation peut devenir un testicule ou un ovaire. A la période de différenciation sexuelle, quand se manifeste la tendance vers le type femelle, l'épithélium germinatif pousse à l'intérieur de l'éminence mésodermique des bourgeons pleins qui se ramifient, se subdivisent pour constituer les cordons de Pflüger. Ils sont fournis par des cellules épithéliales contenant de place en place des ovules primordiaux; ils ne tardent pas à se découper en une série d'ovisacs ou follicules de Graäf formés par un ovule primordial entouré de cellules épithéliales. Ces phénomènes sont d'ordinaire terminés au moment de la naissance, et l'ovaire de l'adulte est donc un réceptacle où les ovules primordiaux s'emmagasinent et achèvent leur maturation.

B) Canal de Müller. — C'est une formation indépendante du canal de Wolff, bien qu'elle lui soit adjacente.

A un stade de la vie embryonnaire qui correspond à peu près au développement du corps de Wolff, on voit l'épithélium péritonéal s'épaissir, puis se former en une gouttière qui court parallèlement au canal de Wolff et en dehors de lui. Mais les deux bords de la gouttière ne tardent pas à se rapprocher et à se former en un conduit dont l'extrémité antérieure reste ouverte dans la cavité péritonéale, au voisinage de l'éminence génitale, tandis que l'extrémité postérieure aboutit au cloaque.

L'extrémité antérieure donnera le pavillon de la trompe, la partie moyenne donnera le corps de la trompe, tandis que l'extrémité postérieure, par des modifications successives, donnera l'utérus et le vagin.

Ajoutons, pour compléter cette revue rapide de l'embryologie de l'appareil uro-génital, que l'allantoïde naît sous forme d'un bourgeon médian sur la partie postérieure de l'intestin

primitif. Elle prend l'aspect d'une vésicule dont la portion renflée, située dans le cœlome externe, contribuera à donner le placenta et dont le pédicule peut être divisé en trois segments : un segment antérieur qui sera l'ouraque, un segment moyen qui deviendra la vessie, et un segment postérieur qui, chez la femme, donnera tout l'urèthre.

Tels sont les principaux éléments embryonnaires qui, par des modifications successives qu'il nous reste à voir, aboutiront à la constitution de l'appareil uro-génital tel qu'il est chez l'adulte. Voyons ce que deviennent chacun de ces éléments et sous quelle forme on les retrouve plus tard.

Nous n'avons pas à revenir sur les modifications de l'allantoïde, qui sont hors de notre sujet.

Le cloaque, qui jusqu'ici était l'aboutissant commun de l'intestin postérieur des canaux de Wolff, de Müller et de l'urèthre, va se segmenter en deux portions grâce à l'apparition et à la fusion sur la ligne médiane des deux replis de Rathke.

Dans la chambre qui est en arrière (sinus ano-rectal) aboutira le seul intestin ; l'extrémité inférieure de la cloison constituera le périnée ; la chambre qui est en avant (sinus uro-génital) recevra les terminaisons postérieures des canaux de Wolff, de Müller et de l'urèthre. Avant d'arriver dans le sinus uro-génital, les deux canaux de Wolff et les deux canaux de Müller se sont réunis sur la ligne médiane en un « cordon génital » dans lequel les deux canaux de Müller sont juxtaposés au milieu, tandis que les deux canaux de Wolff cheminent de chaque côté ; la cloison qui réunit les deux canaux de Müller s'amincit, puis disparaît pour donner naissance au sinus-génital. Vers le sixième mois, la partie supérieure du sinus génital s'épaissit, acquiert des parois musculaires et épaisses, c'est l'utérus.

La partie inférieure reste plus mince, sa cavité est plus

large et reçoit l'extrémité inférieure de l'utérus qui s'épaissit encore au niveau de l'insertion du vagin et forme une saillie par accroissement en bas et sur la périphérie : cette saillie est museau de tanche.

Avant même que s'opèrent ces modifications, vers le troisième mois, les ovaires ont effectué leur descente. Le ligament inguinal du corps de Wolff qui donnera le ligament rond et le ligament tubo-ovarien a eu probablement un rôle de direction dans cette descente, et la glande génitale arrive ainsi dans le petit bassin dans le courant du neuvième mois.

Mais que devient le corps de Woff? Il subit des modifications qui nous intéressent particulièrement. On peut distinguer au corps de Wolff trois parties : une portion antérieure ou génitale, une partie postérieure ou urinaire et un canal (canal de Wolff).

Ces parties ont des destinées différentes chez l'homme et chez la femme.

Chez l'homme, la portion antérieure donne naissance au *rete testis* et à la tête de l'épididyme ; la partie postérieure devient le paradidyme ou corps de Giraldès, tandis que le canal de Wolff est l'origine du canal de l'épididyme et du canal déférent.

Chez la femme, la régression du corps de Wolff est beaucoup plus complète, puisqu'on n'en trouve que des débris. La partie antérieure constitue le corps de Rosenmüller (épovarium de His, époophoren de Waldeyer). C'est un organe sans fonction situé dans l'aileron supérieur du ligament large, entre la trompe et l'ovaire. Il comprend un canal longitudinal, reste de l'extrémité supérieure du canal de Wolff auquel aboutissent dix à quinze canalicules transversaux. Ces canaux qui, à la longue, peuvent se pelotonner, sont droits à l'origine et pénètrent dans la substance même de l'ovaire pour constituer des « cordons médulaires » qui, chez certains animaux

reptiles (oiseaux, chat, cochon d'Inde), vont s'appliquer contre les tubes de Pflüger et constituer la partie principale de la substance médullaire de l'ovaire. Les tubes de l'épovarium sont d'ordinaire irrégulièrement calibrés, se ferment à leur extrémité inférieure et s'ouvrent par leur extrémité opposée dans le canal de l'époophore, qui, lui aussi, se termine en cœcum à chaque bout. Ce petit organe se voit d'ordinaire par transparence dans l'épaisseur du ligament large; il s'atrophie à la ménopause. Histologiquement, les différents éléments du corps de Rosenmüller sont composés d'une tunique externe fibreuse épaisse de 50 μ environ et d'une muqueuse avec un épithélium cylindrique à cils vibratiles. La lumière, étroite, renferme un liquide épais et transparent. La partie postérieure ou urinaire du corps de Wolff est représentée chez l'embryon femelle par un corps jaunâtre, situé dans le ligament large en dedans de l'ovaire : c'est le parovarium ou paroophoron constitué par de petits canalicules contournés, munis d'un épithélium à cils vibratiles. Plus tard, chez l'adulte, le parovarium consiste en une série de grains jaunâtres, qui sont à peu de distance des parois de l'utérus, en dedans du corps de Rosenmüller.

Enfin le canal de Wolff, lui aussi, laisse chez l'adulte des débris qui sont pour nous d'une particulière importance. Les canaux de Wolff viennent chez l'embryon se terminer dans le sinus uro-génital, un peu au-dessus de l'endroit où s'ouvriront plus tard les canaux de Müller, qui, on le sait, donneront le vagin. Il faut donc s'attendre à retrouver leur orifice inférieur à peu de distance au-dessous de l'entrée du vagin. Chez la plupart des ruminants et chez la truie, on trouve bien leur orifice inférieur de part et d'autre du méat urinaire. Cette notion est bien acquise depuis la description de l'anatomiste danois Gærtner, en 1822, et de Blainville, quelques années plus tard. Follin, en 1850, en fait une bonne étude;

il insiste sur les dilatations et les rétrécissements que présente ce canal aux différents points de son trajet et s'étonne de voir que, chez la femme, l'organe de Rosenmüller persiste d'une façon à peu près constante, tandis que son conduit excréteur, le canal de Gærtner, disparaît souvent.

En 1884, Rieder publie dans les *Archives de Virchow* un travail important. Pour lui, la canal de Gærtner se retrouve une fois sur trois environ chez l'adulte. Il est histologiquement constitué, soit par un tube épithélial sans revêtement musculaire, soit par un cordon musculaire sans épithélium.

Mais habituellement on trouve, en allant de dehors en dedans, une couche de tissu musculaire lisse, une couche de tissu conjonctif et une couche de cellules épithéliales cylindriques. La partie qui suit les bords de l'utérus correspond au canal déférent de l'homme ; la partie légèrement dilatée qui se trouve dans le col correspond aux vésicules séminales ; la partie vaginale, aplatie ou même complètement atrophiée, répond aux canaux éjaculateurs. Vers la même époque, Dohrn faisait sur l'embryon humain une série de recherches, qui lui permirent de décrire de la façon suivante le trajet et la constitution histologique du canal de Gærtner : La régression des corps et des canaux de Wolff commence dès que l'embryon évolue vers le type féminin. A l'âge adulte, on en retrouve les traces chez certains animaux, mais chez la femme cette recherche est souvent infructueuse et il n'en existe que des débris inconstants. Dans le ligament large cependant on peut le voir à l'œil nu et il constitue l'organe de Rosenmüller ; puis, chez certains sujets, le canal de Wolff se rapproche du fond de l'utérus sans le toucher, il longe ensuite les bords de l'organe et pénètre enfin dans le tissu musculaire du col. En ce point sa forme est fort irrégulière, quelquefois en spirale, et sa lumière est très variable. Il se dégage du col au niveau du cul-de-sac antérieur, se loge dans la couche sous-muqueuse du vagin ;

ses traces deviennent de plus en plus vagues et le plus souvent il a complètement disparu au niveau du méat. Dorhn, qui a fait 250 coupes d'embryon humain, dit qu'il est entièrement rare, à partir du quatrième ou cinquième mois de grossesse, de trouver le canal de Gærtner dans toute sa longueur. Enfin, il constate que ce canal est constitué par une tunique conjonctive dense et tapissée par un épithélium à petites cellules. Cependant Debierre pense que, au moins trois fois sur quatre, on rencontre le canal de Gærtner bien développé et venant s'ouvrir à quelques millimètres en arrière du méat uréthral. En 1888, il communique le cas d'une femme possédant deux hymens, deux vagins, deux utérus, et chez qui il put suivre le canal de Gærtner depuis son origine au corps de Rosenmüller jusqu'à la trompe. Dans l'utérus droit débouche l'oviducte gauche. La trompe de Fallope ne présente rien de particulier et les ovaires et les ligaments ronds sont normaux. Entre la trompe et l'ovaire, dans l'épaisseur du ligament large, s'aperçoit nettement un bel organe de Rosenmüller dont l'extrémité externe du canal collecteur porte le pédicule d'une délicate et fine hydatide. Mais ce qu'il y a de plus intéressant, c'est que du côté interne du parovaire le canal collecteur se continue dans l'épaisseur du ligament large en suivant la direction de la trompe. On peut le suivre presque sur la paroi latérale de l'utérus. Ce canal, c'est le canal de Gærtner, c'est un nouvel exemple de la persistance du canal de Wolff dans le sexe féminin ; en un mot, nous sommes en présence d'un cas de type d'organes génitaux internes doubles, et d'un bout à l'autre les conduits de Müller sont restés indépendants (1) Mais il semble bien que Debierre ait un peu exagéré la fréquence de la portion inférieure du canal de Wolff, et commis quelquefois des erreurs d'interprétation. En effet, pour Beigel, Max Shüller,

(1) *Bulletin de la Société anatomique,* 1888, p. 514.

Tourneux, ce que l'on avait pris au niveau du vagin pour la portion terminale des canaux de Gærtner n'était autre chose que les canaux décrits par Skene, en 1880. Ces canaux juxta-uréthraux de Skene, absents chez l'embryon, ont leur maximum de développement au moment de la période d'activité génitale. Ils s'ouvrent au dessous de l'hymen et non au-dessus, comme les canaux de Gærtner. Ce sont des glandes en grappe qui appartiennent au groupe des glandes péri-uréthrales. Enfin l'identité des canaux de Skene et de la portion terminale des canaux de Gærtner ne peut être soutenue plus longtemps, puisque quelques auteurs, et Skene lui-même, ont constaté chez la même femme la coexistence des deux ordres de canaux.

En résumé, le canal de Gærtner nous apparaît comme un conduit long et mince qui souvent manque complètement à l'âge adulte, mais qui, lorsqu'il existe, fait suite au canal de l'époophore, descend le long des bords latéraux de l'utérus, tantôt dans le tissu cellulaire du ligament large, tantôt dans le tissu utérin lui-même, et arrive au niveau de l'isthme. Là, il est englobé dans le tissu musculaire du col, et, sur une coupe, on le trouve sous forme d'un petit canal cheminant sur les côtés et un peu en avant. Il se dégage de l'utérus au point où s'insère le vagin, pour effectuer sur ce dernier un trajet descendant et s'ouvrir un peu au-dessus de l'hymen à l'intérieur du conduit vaginal. Cette portion vaginale manque plus souvent que la portion utérine; mais, quand elle existe, elle est le siège fréquent de productions kystiques, et l'on sait que les kystes du vagin sont, pour la plupart, d'origine wolffienne. Mais ils n'entrent pas dans notre sujet et nous allons, maintenant, aborder l'histoire des kystes gærtnériens du col utérin.

ÉTIOLOGIE

Les cas de kystes gærtnériens du col utérin publiés jusqu'ici sont encore trop rares pour que l'on puisse, d'une façon bien certaine, préciser les causes qui président à leur formation. Et l'on peut dire que cette rareté même est, de toutes les circonstances étiologiques, la moins sujette à controverse. Nous verrons, au chapitre de la pathogénie, s'il est possible d'expliquer que la portion vaginale du canal de Wolff soit rarement le siège de dilatation kystique. Quoi qu'il en soit, les autres portions de ce canal sont, beaucoup plus souvent que la portion cervicale, le siège de tumeurs kystiques.

Pour ce qui est des kystes du vagin, ils paraissent plus communs, parce qu'on en connaît un plus grand nombre de cas. F. Neugelauer (1), sur cinq mille malades, a pu relever cinquante cas de kystes du vagin, dont la plupart étaient d'origine gærtnérienne. Klebs, Pilliet, Chalot, Kummel, Zueigbaum, ont bien étudié ces formations, et il reste acquis, à l'heure actuelle, que la plupart, développés sur la portion antéro-latérale du vagin, sont des dilatations d'une portion persistante du canal de Gærtner. En ce qui concerne les kystes développés aux dépens de la portion supra-cervicale de ce canal, et qui, par conséquent, restent inclus entre les deux feuillets du ligament large, leur fréquence est plus grande encore et leur genèse bien plus nette. Velpeau en fit la description en 1825, et, depuis cette époque, les travaux de Del-

(1) *Revue de gynécol.*, t. I, p. 589.

pech, Verneuil, Spielberg, Schatz, sont venus en compléter l'histoire.

Dans bien des cas, on a pu voir un canal plus ou moins volumineux s'implanter sur la tumeur et se diriger, soit vers le canal de l'époophore, ainsi qu'il est signalé dans le cas de Legueu (1), soit en bas vers le col, disposition qui existait probablement dans le cas de Souligoux et Pilliet (2). Mais un fait, plus probant encore, est celui que M. le professeur Tédenat a bien voulu nous communiquer et qui se trouve dans la thèse de Nedkow, sous cette rubrique : Kyste papillaire du hile de l'ovaire avec prolongement canaliculé de la paroi utérine.

Certaines particularités de cette observation nous ont vivement intéressé. On y voit, en effet, que le kyste possède un prolongement qui atteint la paroi utérine à deux centimètres au-dessous de l'isthme, dans la région du col par conséquent, et que ce prolongement, présentant à peu près la même structure papillaire que la tumeur elle-même, creuse des alvéoles dans la paroi utérine, jusqu'au voisinage de la muqueuse. Il nous semble que l'on peut se demander si le point de départ du processus kystique ne doit pas être placé dans la portion cervicale du canal de Gærtner. Dans ce cas, la néoformation, gênée dans son développement par la densité et l'épaisseur du tissu utérin, aurait abouti simplement à la constitution d'un tissu alvéolaire. Tandis que, au-dessus de l'isthme, le canal de Gærtner se dégageant du muscle utérin aurait pu, par sa dilatation, former le volumineux kyste inclus. L'utérus fut amputé au niveau du col, ce dernier cautérisé ainsi que le prolongement que la poche envoyait dans son intérieur; néanmoins, dix mois après, la récidive survient

(1) *Ann. de gynéc*, 1896.
(2) *Bullet. de la Société. anatom.*, 1894.

sous forme de masses remplissant le cul-de-sac droit et masti-quant le col, dans la région où on avait constaté la présence de masses alvéolaires. Tout se passa donc comme si la récidive était due à la prolifération des masses alvéolaires restées dans la portion du col laissée en place.

Telle est l'interprétation qui nous paraît plausible pour ce fait, qui, dans ce cas, entrerait directement dans le cadre de notre travail. Au reste, cette observation nous paraît assez intéressante pour qu'il nous soit permis de la rapporter tout au long.

Observation de M. le professeur Tédenat

Kyste papillaire du hile de l'ovaire avec prolongement canaliculé dans la paroi utérine. — Extirpation du kyste. — Amputation du corps de l'utérus. — Récidive unan plus tard. Mort dix-sept mois après l'opération.

Madame C..., âgée de quarante-cinq ans. Pas d'antécédents pathologiques. Réglée régulièrement. Trois accouchements normaux (vingt-deux ans, vingt-six ans, trente-trois ans).

En janvier 1887, hémorragie avec quelques caillots pendant dix jours, la durée moyenne des règles étant jusqu'alors de quatre ou cinq jours. En février, mars, avril, les règles sont plus abondantes qu'à l'ordinaire et durent pendant huit ou dix jours. De plus, le malade éprouve une pesanteur dans le ventre qui augmente de volume. Des injections chaudes ne changent rien ; les accidents ménorragiques, sans pertes intermenstruelles, continuent en mai, juin, juillet, août, sans que l'hémorragie ait une abondance dangereuse ; mais le ventre augmente de volume.

En septembre, le docteur Pélissier, consulté, constate l'existence d'une tumeur qui lui paraît dépendre de l'utérus. Il conseille des injections chaudes, une portion à l'ergotine à la fin des règles.

Les accidents continuent : vagues douleurs, règles prolongées (huit, dix jours). La malade consulte M. Tédenat le 10 octobre 1887.

Santé générale satisfaisante, sauf une anémie d'ailleurs peu marquée.

Rien à noter du côté des organes thoraciques. Appétit conservé, selles quotidiennes. Tumeur remontant à l'ombilic et déjetée un peu à droite de la ligne médiane. L'exploration combinée montre la tumeur placée en avant de l'utérus mis en rétroversion et refoulé à gauche. La tumeur est tendue, fluctuante, profondément perceptible au doigt dans le cul-de-sac droit. Elle est indépendante de l'utérus, mais paraît avoir des rapports de contiguïté avec lui. M. Tédenat croit à un kyste de l'ovaire droit, incluse dans le ligament large. Il surveille l'opération, qui est pratiquée le 5 novembre, trois jours après la fin des règles, qui ont eu une durée de sept jours.

Opération le 5 novembre 1887 : anesthésie au chloroforme. Asepsie.

La tumeur est incluse dans le ligament large. Ponction donnant 5 litres de liquide brunâtre, peu visqueux. Grâce à la diminution de volume, il est facile d'appliquer deux grandes pinces destinées à l'hémostase préventive, l'une sur la corne antérieure, l'autre en dehors des annexes. Le ligament est fendu verticalement et la tumeur est décortiquée rapidement. Une pince de Kocker est appliquée sur ce prolongement, qui est sectionné au-dessus de la pince. Les mêmes manœuvres sont pratiquées sur le ligament large du côté gauche, le péritoine décollé jusque sur la partie moyenne du col.

Incision un peu au-dessous de l'isthme. Cautérisation au thermocautère de la cavité cervicale et du canal que la poche envoie dans les plans externes du col. Suture du col, suture du péritoine.

Excision de l'excédent du ligament large droit et suture en surjet. Réunion à trois plans de la paroi abdominale avec drain.

7.— Pas d'accidents. Température maximum 37°9, pouls entre 85 et 100. Drain enlevé. Un point de suture d'attente est serré. Guérison parfaite le 27.

Examen de la pièce. — Kyste monoloculaire avec des masses énormes en chou-fleur. Quelques-unes sont calcifiées. Le prolongement que la poche kystique envoyait dans la paroi utérine portait un grand nombre de végétations çà et là, formant des amas du volume d'une grosse noisette, d'un pois, d'où l'aspect moniliforme dudit prolongement, et creusant de multiples alvéoles dans la paroi jusqu'au voisinage de la muqueuse épaissie.

L'ovaire était étalé en mince couche à la partie inféro-externe de la poche et séparé par un intervalle de 3 ou 4 centimètres (la po-

che étant pleine) du pavillon de la trompe, laquelle, allongée (23 cent.), formait sautoir sur la partie supérieure du kyste. Par transparence on trouvait cinq ou six tubes wolffiens augmentés de volume à la partie supéro-externe de la poche kystique.

Les papilles étaient recouvertes d'épithélium prismatique peu allongé. La structure était la même dans le kyste et dans son prolongement tubulé qui était complètement entouré de fibres musculaires lisses vraiment hypertrophiées, avec de nombreux capillaires et quelques amas de cellules fusiformes et arrondies à la base des villosités.

Récidive. — La santé resta parfaite pendant dix mois ; menstruation supprimée, pas de douleur, quelques pertes blanches, peu abondantes. En septembre 1888, vagues douleurs dans la partie inférieure de l'abdomen, mictions plus fréquentes, défécation un peu douloureuse.

Le 25 octobre, le malade revint voir M. Tédenat : elle se plaignait de douleurs lombo-abdominales avec irradiation dans le membre inférieur droit. Le ventre avait augmenté de volume assez rapidement depuis deux ou trois semaines. Ascite très nette; la ponction donne un litre et demi de liquide séro-sanguin noirâtre. Par le toucher, combiné avec le palper abdominal, on sent des masses bosselées qui remplissent le cul-de-sac latéral droit, refoulant le col à gauche et l'immobilisant. M. Tédenat croit à une reproduction abondante des masses papillaires. Cachexie progressive, douleurs, reproduction rapide de l'ascite. La malade succomba en avril 1889.

Il est évident que ce qui, dans cette observation, domine la situation clinique, c'est ce grand kyste inclus dans le ligament large. La structure alvéolaire du col semble un détail de moindre importance que la grande masse qui distendait les deux feuillets du ligament large.

Nous nous demandons si, au contraire, la genèse du mal ne doit pas être recherchée dans cette formation kystique du col utérin. C'est que jusqu'à ce jour, en France tout au moins, l'attention n'a guère été attirée sur les kystes gærtnériens du col. Les grands traités classiques ne les signalent même pas. Il semblerait même que certains auteurs parlent de ce

principe que ces néoformations gærtnériennes n'existent guère au niveau du col utérin et éliminent ce diagnostic pour attribuer à certaines productions kystiques une autre origine. Il nous paraît qu'il y a là une pétition de principe, sur laquelle il faudrait peut-être revenir.

Au cours de nos recherches, nous avons pu relever un certain nombre de faits, qui peut-être auraient dû entrer dans la statistique de kyste gærtnérien du col utérin. C'est ainsi que Baumgarten (1) rapporte le cas d'une malade de trente-quatre ans, qui présentait des hémorragies consécutives à un avortement, et qui portait une tumeur s'étendant de la partie moyenne du cul-de-sac droit, jusqu'au côté du col qui était hypertrophié. Ce voisinage intime de la tumeur et du col, ainsi que l'hypertrophie de ce dernier, méritaient bien d'attirer l'attention. Une observation très intéressante, publiée par MM. Baraban et Vautrin, nous paraît susceptible de recevoir une interprétation différente de celle que proposent leurs auteurs. Nous demandons la permission de la publier *in-extenso*.

Observation de MM. Baraban et Vautrin

(*Annales de gynécologie*, tome II, année 1898)

Tumeur fibro-kystique du col utérin d'origine congénitale

Depuis plusieurs années, l'attention est appelée sur les formations kystiques et sur les inclusions glandulaires que l'on observe parfois au centre des fibromes utérins. L'analyse microscopique de pièces déjà nombreuses ont montré qu'il fallait attribuer à ces anomalies une origine embryonnaire ; aussi a-t-on fait jouer un rôle très important aux

(1) *Arch. f. path. Anat.* u. *Phys.*, C. VII, Berlin, 1887.

restes aberrants du corps de Wolff et du canal de Gærtner. On a retrouvé des débris plus ou moins modifiés de ces organes embryonnaires en différents points de l'utérus, du vagin et de leur périphérie, et nombre de tumeurs de ces régions ont été reconnues comme étant des productions pathologiques dérivées de ces vestiges échappés à l'atrophie. On n'a pas parlé jusqu'alors de tumeurs issues de l'inclusion d'une portion de la paroi des canaux de Müller, au niveau de leur surface de coalescence ; nous ne connaissons pas de fait clinique rentrant dans cette catégorie, et c'est à ce titre qu'il nous a paru intéressant de publier le cas suivant :

M. M..., âgée de cinquante-trois ans, originaire de Meurthe-et-Moselle, est adressée à l'un de nous, en mai 1898, pour une tumeur du col utérin donnant lieu à des hémorragies fréquentes. Le passé pathologique de cette femme est nul. Mariée depuis l'âge de vingt ans, elle n'a jamais eu d'enfants, et la menstruation a toujours été bien régulière depuis l'âge de quatorze ans. La ménopause s'est accomplie, il y a trois ans, sans difficulté ; mais, depuis dix-huit mois environ, il existe un écoulement sanieux et fétide, qui, dans les derniers temps, est devenu sanguinolent. De véritables hémorragies se sont montrées depuis un mois.

A l'examen au spéculum, on constate dans le vagin une tumeur piriforme, de 10 centimètres de longueur environ, à pointe descendant jusqu'à la vulve. Cette tumeur est molle, d'aspect fongueux et saignant. A son extrémité, on trouve une plaque noirâtre et comme sphacélée, déchirée à son centre et laissant filtrer une sanie puriforme.

Au toucher, on se rend compte que la tumeur a une consistance plutôt ramollie et une forme assez régulière. Elle s'insère sur la lèvre postérieure du col, ainsi que le démontre l'introduction facile de la pulpe de l'index dans l'orifice externe du col. Les culs-de-sac vaginaux sont normaux. L'utérus ne porte aucune autre tumeur et paraît sain.

Le 18 mai, la malade est chloroformée, et, après avoir fait une désinfection préalable très soigneuse du vagin, la tumeur est extir-

pée en bloc. Deux valves larges écartant les parois vaginales en avant et en arrière, la lèvre postérieure du col est incisée au bistouri sur l'insertion de la tumeur, de manière à intéresser seulement la muqueuse. Avec le doigt, on cherche à énucléer le fibrome, mais le plan de clivage est impossible à trouver, et il faut terminer l'exérèse aux ciseaux, tant la production pathologique se confond avec le tissu sain sur lequel elle est implantée.

La tumeur enlevée, des sutures sont placées sur les deux lèvres de la plaie du col, et un léger tamponnement est laissé à demeure.

La guérison s'est effectuée sans aucun accident et d'une manière complète.

Voici l'analyse anatomo-pathologique de la tumeur :

Du volume d'un œuf d'oie, la tumeur offre les apparences extérieures d'un fibrome ou fibromyôme, ramolli au centre et pourvu d'une cavité due au ramollissement ; elle s'aplatit plus ou moins sur la table et présente à l'une de ses extrémités, vraisemblablement l'inférieure, une solution de continuité très irrégulière, par où la pression exercée sur la masse fait sourdre une petite quantité de liquide puriforme. L'agrandissement de cette ouverture conduit dans une cavité à parois bosselées, anfractueuse et d'épaisseur fort variable selon les points. Les couches les plus internes sont très friables par places, ailleurs, plus denses et presque lisses.

La grande friabilité de ces points coïncidant avec une sorte d'aspect encéphaloïde, ayant conduit à pratiquer un examen extemporané, par raclage, des éléments constituants, l'on vit dans les produits du raclage des cellules volumineuses avec un ou plusieurs noyaux, anguleuses, arrondies ou très allongées, et tout d'abord l'on songe à une formation sarcomateuse ; mais en multipliant les préparations, l'on finit par découvrir des cellules cylindriques ciliées ou à plateau, ce qui fit réserver le diagnostic et entrevoir quelque chose de plus intéressant.

En effet, des coupes pratiquées en différents points de la paroi et autant que possible perpendiculaires à icelle, montrent qu'il ne s'agit pas d'un fibro-myôme à centre ramolli, mais, au contraire, d'un véritable kyste à paroi tapissée par un épithélium et plus ou moins modifié par l'inflammation.

La face interne de la cavité, principalement dans les points d'aspect sarcomateux, est formée de gros bourgeons irréguliers, pressés les

uns contre les autres et séparés par des prolongements de l'épithélium de surface. Ceux-ci vont parfois très profondément, s'anastomosent entre eux et tantôt se terminent en doigt de gant, tantôt aboutissent à des cavités plus ou moins arrondies, dans lesquelles il y a du pus, du muco-pus ou simplement des détritus épithéliaux. En outre, la paroi contient des formations épithéliales qui semblent n'avoir pas de communication avec la cavité principale.

L'intérêt de la pièce gît donc tout entier dans l'étude de ces différents épithéliums.

D'une manière générale, il s'agit d'épithélium cylindrique à une seule couche, il y a cependant de l'épithélium pavimenteux stratifié sur une portion assez restreinte de la cavité principale. En outre, les cellules de l'épithélium cylindrique sont les unes caliciformes, les autres ciliées, d'autres, enfin, avec plateau dépourvu de cils. Quelquefois, parmi les formations épithéliales sans communication apparente avec la cavité, toute la bordure épithéliale est ciliée, le plus souvent il y a un mélange des différents types et, ce que l'on rencontre habituellement, ce sont des îlots de cellules ciliées au milieu de cellules cylindriques simples. Certaines cavités ou diverticules sont exclusivement tapissés par des cellules caliciformes remplies de mucus.

Quant au tissu qui supporte ces différents épithéliums, il est d'aspect variable. Sous l'épithélium de la cavité principale on observe des apparences folliculaires qui ressemblent singulièrement à des tubercules, en ce sens qu'on y remarque une cellule géante avec son cortège habituel de cellules épithélioïdes à noyaux colorés; plus profondément, l'épithélium des diverticules repose tantôt sur du tissu fibreux riche en leucocytes ou en féroblastes, tantôt sur du tissu conjonctif fibrillaire à peine enflammé. Quelques traînées de fibres lisses s'observent vers la face extérieure de la tumeur, mais n'y constituent pas une formation régulière et continue.

Telle est, d'une façon sommaire, la physionomie générale de cette pièce, comment faut-il l'interpréter ? Et tout d'abord, que signifient ces follicules d'apparence tuberculeuse ? S'agit-il d'une tuberculose véritable ou simplement d'une forme particulière d'inflammation bacillaire due aux conditions dans lesquelles s'est faite l'ouverture et la suppuration de la cavité kystique ? Je ne le chercherai pas ici, car si l'inflammation, une fois produite, a pris les caractères de l'inflammation tuberculeuse, il n'y a là rien qui vaille la peine d'insister. Ce qui importe surtout, c'est de savoir à quoi l'on attribuera la production dans le col utérin d'une tumeur kystique à épithéliums aussi variés.

A priori, il faut, je crois, écarter l'hypothèse d'une glande muqueuse oblitérée, d'un œuf de Naboth démesurément grossi et passé à l'état de tumeur aussi volumineuse.

S'agirait-il d'un myôme qui aurait pris naissance à proximité de la cavité utérine, et aurait englobé des glandes du corps et du col de façon à les kystifier ? Mais alors ne s'expliquent ni l'absence des fibres lisses dans la tumeur, ni la présence des épithéliums ciliés, ni celle de l'épithélium pavimenteux stratifié.

Ne doit-on pas plutôt songer à l'évolution tardive d'épithéliums anormalement déposés dans la masse utérine, lors de la période du développement, et séparés de leur surface d'origine. Dans cet ordre d'idées, l'on peut faire deux hypothèses :

Ou bien il s'agit d'un vestige du canal de Wolff, d'un tronçon de canal de Gærtner par conséquent, qui, n'ayant pas disparu complètement, aurait été englobé peu à peu par le développement de l'utérus et se serait trouvé de cette façon en pleine substance cervicale, bien placé pour, en devenant kystique, se diriger vers le vagin et y faire saillie ;

Ou bien il s'agit d'une portion de paroi d'un conduit de Müller qui n'aurait pas fusionné convenablement avec son

congénère ; cette portion se serait incluse, aurait été pincée dans la paroi utérine comme le fait l'épiderme le long des fentes branchiales pour produire des kystes dermoïdes où l'on retrouve plus tard tous les éléments de la peau.

Entre ces deux hypothèses, il est peut-être téméraire de faire un choix ; la dernière me paraît toutefois la plus probable, en raison de la diversité des épithéliums que j'ai mentionnés. Nous trouvons, en effet, dans ces épithéliums, tous ceux que l'on trouve dans l'utérus et dans le vagin, et qui, normalement, se constituent aux dépens de celui des conduits de Müller pour tapisser le canal génital dans toute sa hauteur. Si, à l'état normal, le revêtement des conduits de Müller peut aboutir aux types épithéliaux de la cavité utérine, de ses glandes et du vagin, peut-être sera-t-il logique d'admettre qu'une formation kystique, comme celle-ci, est dérivée des éléments de ce conduit précisément parce qu'elle représente les mêmes types épithéliaux? Le canal de Wolff, au contraire, ne paraissant susceptible que d'épithéliums cylindriques, le plus souvent ciliés, quel que soit le sexe dans lequel on l'envisage, il y a lieu, ce me semble, d'éliminer son intervention.

Les anomalies de développement des canaux de Müller sont encore peu connues. A part les difformités résultant d'un défaut ou d'une imperfection dans la convalescence de ces organes qui aboutissent à des cloisonnements plus ou moins complets et variables de l'utérus et du vagin, on est encore dans une ignorance à peu près complète d'autres processus tératologiques, qui doivent exister là comme dans d'autres régions de l'organisme. Lorsque ces obscurités auront disparu, on verra se dégager certaines inconnues dans la pathologie encore obscure des néoplasies utérines. Henrotin et Herzog, dans la *Revue de chirurgie et de gynécologie abdominales*, montraient récemment que les trompes étaient assez

fréquemment le siège de malformations par excès, si je puis m'exprimer ainsi, c'est-à-dire l'existence de pavillons supplémentaires, dans lesquels peuvent se développer des grossesses extra-utérines. Ces pavillons accessoires seraient assez communs, puisque Richard, en 1851, les rencontrait cinq fois sur 30 cas. C'est aussi l'opinion de Rokitansky.

Bien que le développement des canaux de Müller chez les mammifères soit encore actuellement un sujet de discussion, on peut admettre, sans descendre au fond des processus initiaux des transformations embryonnaires, que des anomalies semblables à celles que l'on a constatées sur les trompes peuvent exister sur toute l'étendue des canaux de Müller. Que l'on pense avec Rossman que les trompes supplémentaires ou les diverticules supplémentaires des canaux de Müller proviennent originairement d'invaginations infundibuliformes, multiples de l'endothélium séreux ; ou bien que l'on admette avec Amman que ces diverticules sont, dès le début, une division ou une branche du canal principal, il n'en est pas moins vrai que ces anomalies exposent durant la vie à des productions pathologiques diverses.

Pour expliquer le développement de la tumeur précédente, il n'est d'ailleurs pas besoin de croire à l'existence d'un diverticule müllérien, qui aurait perdu toute connexion avec le canal principal, ni de supposer l'invagination d'une portion de l'endothélium séreux au moment du premier développement. Ces hypothèses n'ont rien d'invraisemblable. Mais il nous paraît plus rationnel de penser qu'il se produit parfois, au niveau des plans de coalescence des deux canaux de Müller, des inclusions partielles des parois de ces canaux qui demeurent dans le tissu utérin à l'état de vestiges silencieux, jusqu'à ce que les phénomènes congestifs ou irritatifs de la menstruation, de la grossesse ou de l'inflammation les réveillent et les incitent à un accroissement tardif. Les éléments

cellulaires retrouvent alors leur orientation et leurs formes primitives; ils renaissent à la vie et amènent autour d'eux un travail de prolifération active de la part des tissus ambiants. Ainsi se trouvent constituées, à des périodes souvent très avancées de l'âge du sujet, des tumeurs dont la constitu ion hybride soulève des discusions et des hypothèses.

Ainsi que l'examen microscopique, dans le cas présent, l'a parfaitement démontré à l'un de nous, il faut admettre qu'il peut se former dans l'utérus des tumeurs d'origine embryonnaire, dues à l'inclusion des vestiges des canaux de Müller dans le tissu utérin. Ces tumeurs peuvent être le noyau originel, la cause du développement de néoplasmes de la plus grande importance au point de vue clinique. C'est ainsi que le fibrome peut avoir comme origine la prolifération en plein muscle utérin, aussi bien de débris embryonnaires müllérien, que de débris Wolffien.

Qui pourrait dire que les anomalies de développement du canal de Müller ne sont pas aussi fréquentes que les persistances de débris du corps de Wolff?

Si le rôle pathogénique des vertiges d'inclusion müllérienne est évident pour les fibromes, combien il doit être encore plus certain pour les néoplasmes malins de l'utérus, surtout dans la région cervicale. Mais, pour dégager complètement tous ces faits, de nombreux examens de pièces pathologiques sont nécessaires.

Le but de ce court travail est d'apporter une modeste contribution à l'étude de cette partie intéressante de la pathologie utérine.

Les considérations pathogéniques, sur lesquelles s'appuient les auteurs, sont parfaitement légitimes ; cependant on peut, semble-t-il, placer le point de départ d'un kyste d'origine cervicale, tout aussi bien dans les canaux de Wolff, dont les

débris se retrouvent dans le col, que dans les canaux de Müller, qui n'existent plus, puisqu'ils ont donné lieu à la formation de l'utérus.

Au reste, la structure histologique de la tumeur, et notamment l'existence à son intérieur de cellules cylindriques ciliées ou à plateau, semblent la rattacher assez nettement aux kystes d'origine gærtnérienne. Aussi, quel que que soit l'intérêt de la discussion de MM. Baraban et Vautrin, il nous paraît que l'on peut tout aussi bien rattacher ces formations à une origine gærtnérienne, et c'est vers cette dernière hypothèse que nous pencherons.

Certains polypes muqueux du col utérin sont attribués à des glandes du col, dilatées ou kystiques.

De même on considère, comme des œufs de Naboth remarquablement dilatés, des formations kystiques du col qui peuvent atteindre le volume d'une noisette ou d'une noix, et dont la structure rappelle l'histologie des kystes wolffien (1).

Il y aurait lieu, pensons-nous, dans beaucoup de cas, de se demander si la persistance et la dilatation du canal de Gærtner n'entre pas pour une part dans la genèse de ces formations.

Nous le répétons, nous disposons de faits extrêmement rares pour faire l'histoire des kystes gærtnériens du col ; mais nous sommes persuadé que le nombre des observations publiées n'est pas en rapport avec le nombre de cas réels.

Nous n'insisterons guère sur les autres notions étiologiques. Elles sont trop peu connues. D'après quelques faits que nous avons relevés, nous avons pu conclure que ces kystes se voient surtout à partir de la puberté, mais aussi après la ménopause.

La grossesse a-t-elle une importance? Il est difficile de

(1) Cornil, *Kystes sébacés et muqueux du col de l'utérus* (*Bulletin de la Société anatom.*, 1888).

l'établir. La plupart des observations connues ont trait à des femmes qui avaient eu des enfants, et il semble bien théorique que les poussées congestives de la menstruation et de la parturition soient susceptibles de fournir de l'activité pathologique aux débris embryonnaires du canal de Wolff.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les kystes que nous étudions prenant tous naissance dans l'épaisseur du col utérin, il nous paraît utile de rappeler brièvement la constitution de ce dernier. Il se compose essentiellement d'une musculeuse et d'une muqueuse.

1° Musculeuse. — On y trouve à la vérité les éléments des trois couches dont se compose la musculature du corps utérin, mais que nous n'avons pas à décrire ici. Nous avons à nous occuper surtout dans ce travail de la couche interne, qui fournit les éléments musculaires de la portion cervicale.

La couche externe en effet et la couche moyenne ou plexiforme manquent presque complètement chez la femme et ne se retrouvent guère que chez certains rongeurs.

Quant à la couche interne, elle comprend elle-même deux plans, dont l'un intérieur, présente des fibres longitudinales avec des expansions latérales, dont le groupement en faisceaux donne lieu à une disposition spéciale, qui est l'arbre de vie. L'autre plan, extérieur, est formé de fibres circulaires qui constituent la presque totalité du museau de tanche. C'est dans cette dernière couche, et assez profondément placé, que l'on peut retrouver, sur une coupe transversale, les restes embryonnaires du canal de Gærtner.

Toute la musculature du col est composée de fibres musculaires lisses, mesurant 60 μ environ de longueur. Elles ont pour substratum un tissu élastique et conjonctif très abondant, surtout au niveau du col.

2° Muqueuse. — Elle diffère de celle du corps, dont elle est séparée au niveau de l'isthme par une ligne nettement tracée.

L'épithélium est cylindrique à cils vibratiles, comme dans le corps, mais les cellules sont plus élevées (50 μ environ), de même les cils vibratiles sont plus longs. Au milieu de ces cellules, se trouvent des cellules caliciformes, destinées à sécréter du mucus. L'épithélium du col se continue insensiblement avec celui du corps.

Vers la partie inférieure, au contraire, la transition est brusque, et une ligne sinueuse, située au voisinage de l'orifice externe du col, indique le passage de l'épithélium cylindrique à l'épithélium pavimenteux stratifié, qui revêt la face externe du museau de tanche et du vagin.

Le chorion possède de nombreuses papilles et quelques fibres élastiques.

Les glandes sont très nombreuses dans la muqueuse du col. Le plus grand nombre, affectant la forme d'un tube, se termine dans le voisinage du muscle par des culs-de sac un peu renflés vers le fond. D'autres sont de simples dépressions ou cryptes. Les unes et les autres sont tapissées par des cellules caliciformes donnant naissance, surtout dans certains états pathologiques, à un mucus épais et visqueux.

Nous signalons aussi les formations kystiques, auxquelles elles peuvent donner lieu, sous le nom d'œufs de Naboth, et qui sont dues à l'oblitération de ces glandes. Nous y reviendrons au sujet du diagnostic.

Telle est la structure du col utérin. C'est dans l'épaisseur de sa tunique musculeuse et plus ou moins près de la muqueuse que se trouve le canal de Gærtner, dont nous avons indiqué la structure au chapitre Embryologie. Il apparaît d'ordinaire, en ce point, sous l'aspect d'un simple canal ; mais il peut aussi, dans des cas plus rares, présenter des tubes plus ou moins

recourbés et flexueux, qui se jettent dans un tube collecteur. C'est alors le corps de Wolff, lui-même, qui a persisté, avec sa structure jusqu'au niveau du col. Un examen microscopique de Recklinghausen le montre ainsi. Ce cas a été publié par cet auteur, dans *Die Adenomyome und Cystadenome der Uterus und Tubenwandung*, Strasbourg, 1996.

Il est naturel de conclure que les kystes qui nous occupent auront toujours pour siège initial l'épaisseur du col utérin. Ils pourront y rester toujours confinés dans les cas où leur volume ne dépassera pas la grosseur d'un pois ou même d'une cerise, par exemple ; alors ils passeront inaperçus ou bien seront confondus avec des œufs de Naboth exceptionnellement développés. Aussi nous sommes-nous demandé si le canal de Gærtner n'avait pas un rôle étiologique, dans le cas publié par Cornil dans le *Bulletin de la Société anatomique*, 1888, sous la rubrique « Kystes sébacés et muqueux du col de l'utérus.

Mais, dans les cas où les kystes gærtnériens du col atteignent de grandes proportions, la tumeur fait issue hors du col et occupe un siège qui doit varier avec le point où s'est faite la première apparition. C'est ainsi que les dilatations kystiques qui naissent à la partie supérieure du col évoluent plutôt vers le ligament large et donnent lieu à ces volumineuses poches en rapport avec l'utérus et qui semblent s'être formées aux dépens de la portion du canal de Gærtner qui suit les bords latéraux de l'utérus.

Si le canal de Gærtner se dilate dans la partie inférieure de la région cervicale, au point où il va suivre un trajet vaginal, alors la tumeur kystique formée peut évoluer le long de la paroi vaginale et être confondue avec un kyste wolffien du vagin. Dans d'autres cas, il sortira par l'orifice externe du col, où il se pédiculisera sur une lèvre, prenant alors toutes les apparences d'un polype muqueux du col.

On voit dès maintenant combien est variable l'aspect que peut prendre un kyste gærtnérien du col et combien sont nombreuses les erreurs de diagnostic auxquelles il peut donner lieu. Nous avons déjà signalé divers cas où on a pu porter le diagnostic de œufs de Naboth, de kystes muqueux ou sébacés du col, de kyste parovarien, de kyste du vagin, et où les probabilités nous avaient paru plutôt en faveur d'un kyste gærtnérien du col.

Quelle est maintenant la constitution anatomique de ces kystes? Leur aspect macroscopique est très variable.

Leur volume est d'ordinaire assez faible et toujours inférieur à celui que peuvent atteindre les kystes développés aux dépens des autres portions du canal de Gærtner. Toutefois, quand ils se dégagent de l'épaisse musculature du col, ils peuvent atteindre des proportions considérables. Dans ce cas, il est une particularité anatomique qui caractérise et qui se retrouve d'ailleurs dans tous les kystes d'origine gærtnérienne : c'est la présence d'un cordon qui relie la tumeur liquide au col de l'utérus et qui n'est autre chose que la portion voisine du canal de Wolff allongée et dilatée. Leur forme est d'ordinaire assez régulièrement arrondie; mais il faut bien savoir que les kystes des canaux de Wolff présentent souvent une disposition sinueuse, au moins quand ces tumeurs présentent un faible volume. La face interne de leur membrane d'enveloppe présente quelque fois des végétations constituées par du tissu conjonctif et tapissées d'épithélium (observation déjà citée par M. le professeur Tédenat). Ces tumeurs semblent alors indiquer une allure particulièrement maligne et une tendance aux récidives.

Pour ce qui est de la cavité, elle est d'ordinaire uniloculaire, avec quelques cavités dans la paroi, ce qui la distingue des kystes ovariens qui sont le plus souvent multiloculaires.

Le conteuu est visqueux, épais, renfermant souvent de

l'albumine, de la mucine et des globules sanguins en quantité quelquefois suffisante pour colorer le liquide.

Anatomie microscopique. — La paroi des kystes gærtnériens est essentiellement constituée par deux couches : l'une externe dite de soutien, l'autre interne dite épithéliale.

La couche externe présente du tissu conjonctif, assez dense et lamelleuse, renferman tentre ces fibres des cellules jeunes dont le nombre est très variable.

Cependant les kystes du col présentent cette particularité que ce sont souvent des myômes kystiques, c'est-à-dire qu'ils possèdent une tunique musculaire épaisse, de même que toutes les formations qui se développent aux dépens des canaux de Wolff, à l'intérieur des organes musculaires comme l'utérus ou la trompe. Très souvent même cette couche, riche en fibres musculaires lisses, est si intimement unie au col utérin lui-même, qu'il est fort difficile de distinguer les deux éléments.

La couche interne est assez caractéristique, parce qu'elle présente un aspect assez constant, et que certains auteurs tels que Weit, Baraban et Vautrin, ont voulu y trouver un élément de diagnostic entre les kystes formés aux dépens du canal de Wolff et ceux que donnent les conduits de Müller.

Cette couche interne est un épithélium cylindrique ordinairement assez court, qui souvent présente des cils vibratiles, mais qui peut aussi porter un simple plateau strié.

Il n'y a généralement pas de membrane basale, mais on voit sur certaines préparations une couche de cellules cubiques servir de base aux cellules cylindriques que nous venons de signaler, ce qui a fait dire par certains auteurs qu'il existait un épithélium cylindrique à deux couches.

Le revêtement épithélial repose, ordinairement, sur un chorion peu vasculaire et sans papilles. C'est ainsi qu'on a vu, dans l'absence de papilles, une signature de l'origine wolf-

fienne ; tandis que les kystes qui reconnaîtraient comme origine les canaux de Müller n'auraient pas de papilles.

Enfin, les grands kystes peuvent, quelquefois, présenter des anfractuosités qui sont, elles-mêmes, tapissées par un épithélium cylindrique avec ou sans cils vibratiles comme la grande cavité péritonéale.

Tel est l'aspect anatomique que présentent, d'ordinaire, les kystes wolffiens du col de l'utérus. Il est, cependant, une forme histologique beaucoup plus rare qui a été signalée exceptionnellement au niveau du col, et qui trouverait aussi son origine dans les débris du canal de Wolff. C'est la forme cystadénomyôme. Il est constitué essentiellement par une gangue fibro-cellulaire plus ou moins dense et renfermant des infundibula glandulaires tubulés, tapissés d'un épithélium cylindrique à une seule couche. Ces infundibula, d'espect et de longueur variable, présentant souvent des bourgeons ou des renflements, sont caractéristiques de l'adénomyôme. Recklinghausen en a fait une description détaillée (1).

Nous ne nous y arrêterons pas, puisqu'ils siègent surtout à la face dorsale de l'utérus ou à l'angle de la trompe. Cependant on a pu l'observer au col, et l'observation suivante en fait foi :

Observation de Knauss et Camerer

Adenoma cervicis malignum cysticum (*Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, XXXIV, 3, p. 447.)

Femme de quarante-six ans, souffrant d'hémorragies depuis cinq semaines. On trouve, faisant saillie hors du col, une tumeur de la gros-

Recklinghausen, *Die Adenomyôme und Cystadenomyôme der Uterus und Ubewand*, Strasbourg, 1878.

seur d'une noisette, pédiculée, et on fait l'excision. Cette tumeur, ayant tous les caractères d'un néoplasme bénin, ne fut pas examinée. Or, un mois plus tard, apparut au point d'insertion du polype enlevé une petite grosseur hémisphérique, que l'on reconnut être un adénome malin. L'utérus fut enlevé alors par le vagin et, deux ans et demi plus tard, la femme était encore en bon état. Les auteurs décrivent avec soin l'examen microscopique qui fut fait de l'utérus. Il n'existe, dans la littérature, que six cas d'adénome malin du col. L'observation montre combien il faut être prudent dans les appréciations de la nature des polypes de l'utérus.

De même, il semble bien que l'on doive rapporter à cette variété histologique le cas indiqué par Recklinghausen, et dont nous relevons, ici, le compte rendu histologique.

SYMPTOMES

Nous serons bref sur ce chapitre, car les trop rares cas dont nous avons pu prendre connaissance ne présentaient, dans leur allure clinique, aucune particularité qui pût fixer l'attention ou éclairer le diagnostic.

Le début se fait, d'ordinaire, silencieusement ou se marque seulement par quelques modifications des règles, qui deviennent irrégulières, plus abondantes et plus fréquentes.

Peu ou point de douleurs, sauf quand le kyste atteint un volume notable ; il s'accompagne alors de cette sensation de gêne, de pesanteur dans les reins et bas-ventre, inhérente à l'existence de toute tumeur pelvienne un peu volumineuse.

Déjà, dès le début, les kystes gærtnériens du col avaient donc l'ensemble symptomatique des fibromes utérins, plutôt que celui des kystes de l'appareil génital. C'est surtout quand ils évoluent vers la cavité du col utérin qu'ils peuvent provoquer les hémorragies abondantes qui accompagnent, d'ordinaire, les polypes de l'utérus ou les fibromes sous-muqueux. Il en était ainsi, par exemple, dans l'observation déjà citée de Baraban et Vautrin.

Mais, quelquefois, le kyste se dirige vers la cavité du vagin et provoque alors de l'hydrorrée, plutôt que de l'hémorragie.

Enfin, quand le kyste volumineux et ayant pris naissance à la partie supérieure de la portion cervicale du canal de

Gærtner, va se placer dans l'épaisseur du ligament large, il peut en résulter des troubles de compression nerveuse, vasculaire et viscérale, sur lesquels nous n'avons pas à insister.

Nous avons encore moins à dire sur les signes physiques, parce qu'ils sont encore moins caractéristiques. Quand la dilatation du canal de Gærtner conserve de faibles dimensions, il peut rester englobé par le tissu musculaire du col. Il pourra en imposer pour une simple hypertrophie en un de ses points ou dans toute son étendue.

Quelquefois il apparaît à l'extérieur et en impose alors pour un œuf de Naboth un peu gros, dans le cas où il est complètement sessile ; tandis qu'il pourra prendre l'aspect d'un polype fibreux, dans le cas où il tend à se pédiculiser.

Enfin, des dimensions un peu considérables et le siège dans l'épaisseur du ligament large peuvent tous être les signes physiques d'un kyste parovarien inclus, ou même d'un fibrome utérin.

Il nous paraît peu intéressant d'insister encore sur ces signes physiques.

PATHOGÉNIE

Quel est maintenant le processus intime qui préside à la formation des kystes gærtnériens du col ? Toutes les femmes ne peuvent pas en présenter. Il faut, en effet, une prédisposition essentielle qui est la persistance de tout ou en partie du canal de Gærtner; or nous avons vu que si on le retrouve souvent à un examen attentif, ce n'est jamais que dans la proportion de un sur trois. Quand il existe, ce canal de Gærtner présente un développement très variable et, par conséquent, une tendance plus ou moins grande à la transformation kystique. Il est des cas, en effet, où il persiste sur toute son étendue et présente une lumière suffisamment large et perméable, pour donner lieu à des écoulements de sérosité. Lawson Tait et Morion Watson pensent que ce liquide provient de la cavité péritonéale et s'écoule par les canaux de Gærtner persistants; l'on nous permettra de rapporter ici deux faits de Lawson Tait qui nous paraissent bien typiques et un fait de Debierre (1).

I. — « Dans le premier cas, il s'agissait d'une dame d'environ soixante ans, très forte, de constitution goutteuse bien évidente, chez laquelle ces symptômes duraient depuis plus de trente ans, et qui avait été soignée par un grand nombre de praticiens sans en retirer aucun bénéfice. Pendant des semaines, elle se trouvait parfaitement bien, puis, tout à coup, survenait l'écoulement par le vagin d'un liquide clair, qui

(1) Lawson Tait. b. 157. Traduc. du docteur Bétrix, *Traité cl. des mal. de fem.*

non seulement tachait son linge, mais inondait littéralement l'endroit de la chambre où elle était assise, de sorte qu'elle évaluait à 12 ou 15 litres la quantité totale perdue à chaque séance. Sa santé restait d'ailleurs excellente.

» Bien des explications diverses avaient été proposées sur l'origine de cette hydrorrée ; l'opinion générale était qu'elle venait de l'utérus ; quelques chirurgiens l'attribuaient à une polyurie excessive. Lorsque la malade vint me voir pour la première fois, il y a six ou sept ans, mon premier effort fut d'établir l'origine exacte de ce liquide, et, par un emploi fort simple du spéculum, je m'assurai bientôt qu'il ne provenait ni de l'utérus, ni de la vessie, mais de deux petits orifices, situés de chaque côté de l'urèthre, qui, sans aucun doute, représentaient les restes des *canaux de Gærtner*. Je détruisis ces deux ouvertures par l'application du thermocautère de Paquelin, et j'obtins pour quelque temps l'arrêt de l'écoulement. Mais, après peu de temps, les malaises se reproduisirent si intenses, qu'il était à craindre que ma malade ne devînt sérieusement malade si le cours du liquide ne se rétablissait pas ; c'est ce qui survint à la suite de la rupture des canaux.

» Je procédai encore plus d'une fois à leur fermeture, mais ils se rouvrirent toujours après quelques jours de malaise grave et de vives souffrances (1). »

II. — « Dans mon second cas, il s'agissait d'une jeune dame mariée, âgée de vingt-huit ans, qui me fut envoyée en 1884 par le docteur Roberts, de Chester. Lorsque je la vis pour la première fois, au mois de mars, je me trouvai d'accord avec le docteur Roberts qui avait diagnostiqué un hydrosalpinx, dans lequel le liquide s'accumulait en grande quantité avant d'être évacué à travers l'utérus. Il existait une masse bien distincte

(1) Deuxième obser., *in* Lawson Tait, traduc. docteur Betris, page 158.

dans le petit bassin, et une zone de matité, dans la partie inférieure de l'abdomen, donnait l'impression qu'il devait exister un kyste mou, à moitié rempli de liquide ; je conseillai par conséquent la laparotomie. A l'ouverture de l'abdomen, je ne trouvai, à ma grande surprise, aucune dilatation tubaire, mais les deux ovaires étaient augmentés de volume, car ils pesaient un peu plus de 60 grammes. Je cherchai avec beaucoup de soin, sur toute l'étendue des ligaments larges, si je ne pouvais découvrir aucune trace du canal dilaté, du canal de Gærtner, mais il n'y avait rien de semblable.

» Avec l'assentiment du docteur Roberts, et voyant qu'il n'y avait pas autre chose à faire, j'enlevai de chaque côté les annexes de l'utérus, aussi près de cet organe que je pus le faire. Notre malade fit une guérison très rapide, rentra chez elle et resta parfaitement bien jusqu'au milieu de mai. Je reçus alors, à mon grand désappointement, une lettre du docteur Roberts qui m'annonçait que l'écoulement s'était reproduit le 13, pas tout à fait aussi abondant, mais accompagné d'autant, si ce n'est davantage de douleurs. « C'est, » ajouta-t-il, un cas bien embarrassant.»

» J'appris, plus tard, qu'elle avait expulsé un petit calcul rénal, mais je ne vois aucune relation de cet incident avec la quantité de liquide qui s'écoulait de son vagin. Ce liquide n'avait aucun caractère rénal et ne provenait pas de la vessie.

» J'ai eu d'autres informations d'elle depuis lors, elle se trouvait grandement améliorée par l'arrêt de sa menstruation. Enfin, dans sa dernière lettre, elle dit : « C'est à peine si » vous me reconnaîtriez, je suis actuellement très bien por- » tante, et toutes les apparences de l'hydrorrée ont depuis » longtemps cessé (1).»

(1) Cas de Debierre, *Société anatom.*, 1888, page 514.

Il s'agit d'une femme qui possède deux hymens, deux vagins, deux utérus.

« Dans l'utérus droit débouche l'oviducte droit; dans l'utérus gauche, l'oviducte gauche.

» La trompe de Fallope ne présente rien de particulier et les ovaires et les ligaments ronds sont normaux. Entre la trompe et l'ovaire, dans l'épaisseur du ligament large, s'aperçoit un bel organe de Rosenmüller dont l'extrémité externe du tube collecteur porte le pédicule d'une délicate et fine hydatide. Mais, ce qu'il y a de plus intéressant, c'est que, du côté interne du parovaire, le canal collecteur se continue dans l'épaisseur du ligament large, en suivant la direction de la trompe. On peut le suivre jusque sur la paroi latérale de l'utérus. Ce canal, c'est le canal de Gærtner. C'est un nouvel exemple de la persistance du canal de Wolff dans le sexe féminin. En un mot, nous sommes en présence d'un cas de type d'organes génitaux internes doubles. D'un bout à l'autre les conduits de Müller sont restés indépendants.»

Mais ces faits sont exceptionnels et, d'ordinaire, la perméabilité est beaucoup moins complète ou même la persistance n'est que partielle. Il semble, à ce point de vue, que l'on trouve les reliquats du corps de Wolff avec d'autant plus de fréquence, que l'on considère des portions plus rapprochées de son extrémité supérieure. C'est ainsi que l'organe de Rosenmüller est à peu près constant, tandis que les coupes transversales faites au niveau de l'utérus et du vagin ne révèlent l'existence des canaux de Gærtner que dans une proportion très faible, pour peu qu'on s'éloigne de la période embryonnaire ou de la naissance. Mais nous devons ajouter que, en revanche, si la portion vaginale se trouve rarement, quand elle existe elle donne lieu très volontiers. à des formations kystiques. On sait, à cet égard, combien sont communs les kystes du vagin dont l'origine wolffienne est dé-

montrée dans la plupart des cas. Il paraît donc que les vestiges des canaux de Wolff présentent une tendance particulière à produire des formations kystiques, et ces formations sont bien connues, surtout dans le ligament large où se trouvent, de façon presque constante, le parovarium et l'organe de Rosenmüller. Ils sont bien connus aussi sur les côtés du vagin, malgré la rareté relative de la persistance des canaux de Wolff en cette région.

Pourquoi cette prédisposition aux kystes n'existerait-elle pas dans la portion du canal de Wolff qui est en relation avec le col utérin. A la vérité, il nous semble qu'il pourrait bien y avoir une raison à cela. Dans la région cervicale, le canal de Gærtner est situé en plein muscle, ainsi que le prouvent l'examen histologique et certaines anomalies dont la plus curieuse est celle de Franque que rapporte Klein : « On trouvait dans les organes génitaux d'un homme (canaux déférents et vésicules séminales, oblitérée dans certains endroits, testicules encore dans la cavité abdominale) un utérus de 6 centimètres de longueur, avec deux trompes et un petit vagin. Les canaux recteurs du sperme (canaux déférents, canaux de Wolff) se trouvent dans le corps de l'utérus, dans la paroi utérine seulement, tandis qu'à partir du col ils sont logés dans la substance de l'utérus même. On peut les suivre jusqu'au niveau des vésicules séminales. Le cas est particulièrement intéressant au point de vue embryologique. »

Le canal de Gærtner est donc plongé dans un tissu dense, résistant, peu extensible, qui facilement fait obstacle aux dilatations d'un conduit fort étroit, dont les sécrétions doivent être fort minimes, et jouir d'une force d'expansion assez restreinte. C'est dire qu'il y aurait une relation sensible entre la tendance à la production de kystes gærtnériens et la résistance qu'offre le tissu dans lequel est plongé le canal wolffien. Nous donnons cette hypothèse pour ce qu'elle vaut,

mais il nous semble qu'elle explique ce fait, que les kystes gærtnériens du col soient plus rares que les kystes de même nature du vagin, bien que le canal qui les produit soit plus rare au niveau du vagin qu'au niveau de la région cervicale. Elle expliquerait aussi pourquoi les kystes du col restent souvent de faible volume et passent souvent inaperçus, emprisonnés qu'ils sont dans l'épaisseur du tissu cervical.

Pour ce qui est du processus histologique intime, il prête encore à discussion. C'est surtout grâce aux travaux de Recklinghausen que fut établie l'analogie entre les canaux de Gærtner et certains kystes du col. Il fut constaté, en effet, que certains kystes microscopiques du col de l'utérus et que certaines cavités kystiques formées à l'intérieur de fibromes utérins présentaient la même structure histologique que le canal de Wolff.

Reicker, en 1897, s'occupa de la même question, et ayant trouvé des cellules épithéliales à l'intérieur de kystes formés en plein du corps ou du col de l'utérus, se demanda d'où pouvaient venir ces cellules. Il ne pouvait être question d'une métastase épithéliale, d'une ectopie cellulaire provenant de la muqueuse utérine, puisque cette dernière n'était pas cancéreuse. Il pensa au canal de Wolff ou au corps de Wolff. Mais ce dernier ne pouvait servir de point de départ aux kystes étudiés, car sa structure histologique est différente. Il est en effet constitué par une tunique externe du tissu conjonctif et par une tunique interne d'épithélium cylindrique sans cils vibratiles. Or les kystes que nous étudions comprennent dans leur tunique externe, comme nous l'avons vu, de nombreuses fibres musculaires, et leur épithélium est à cils vibratiles ; ils ne peuvent provenir donc du canal de Wolff qui a même structure.

Et maintenant s'agit-il de prolifération active ou de dilatation passive? Les avis sont partagés. Breus soutient cette dernière opinion. Muscatello pense au contraire qu'il s'agit

primitivement d'une prolifération active à laquelle fait bientôt suite une transformation de l'épithélium cylindrique, qui présente peu à peu des cellules muqueuses. Alors est sécrété du mucus qui distend la cavité kystique. Cette hypothèse paraît vraisemblable. Nous avons vu en effet que la face interne des kystes wolffien présente souvent des papilles témoignant d'une activité particulière, qui font de ces néoplasies de véritables kystes papillaires de nature maligne.

Enfin, quel que soit le mécanisme de ces formations, il est probable qu'il est favorisé ou provoqué par les phénomènes de la menstruatiou ou de la grossesse, mais ce dernier point n'est pas encore établi.

ÉVOLUTION

Elle présente peu de particularités dignes de nous arrêter longuement. Il est vrai que les kystes qui prennent naissance au niveau du col utérin peuvent présenter des dimensions considérables et évoluer dans différentes directions. Mais c'est à titre tout à fait exceptionnel qu'ils s'interposeront entre les deux feuillets du ligament large, en imposeront pour un volumineux kyste ovarien ou parovarien et partageront le pronostic grave de ce dernier. C'est par exception aussi que, en se développant du côté du vagin, ils pourront, par leur volume, gêner la défécation, le coït, l'accouchement. D'ordinaire les kystes du col ont un faible volume et restent cantonnés à l'intérieur du col ou à son voisinage immédiat pendant un temps fort long. Cependant il ne faut pas oublier que nous avons affaire au développement de restes embryonnaires qui, dans certains cas, pourra être très actif. Nous avons vu, au sujet de l'anatomie pathologique, qu'ils étaient susceptibles de présenter sur leurs parois des formations papillaires de tissu jeune, doué d'une très grande activité proliférative. Nous avons vu, dans l'une des observations que M. le professeur Tédenat a bien voulu nous fournir, le cas d'un malade qui présentait à l'intérieur du col de l'utérus des cavités kystiques avec des formations papillaires et qui, dix mois après l'intervention, présente une récidive. La néoplasie avait donc l'allure maligne que présentent beaucoup de kystes de l'ovaire. Nous retiendrons, par conséquent, ce fait que les kystes du col de l'utérus, qui sont développés aux dépens des canaux de Gærtner, présentent une activité plus grande et un pronostic plus grave que les kystes d'une origine différente.

DIAGNOSTIC

La rareté des observations publiées témoigne aussi des difficultés que l'on éprouve à poser le diagnostic des kystes gærtnériens du col. Le clinicien devra donc résoudre deux questions.

Et d'abord y a-t-il kyste du col ? Ce premier élément de diagnostic, quelque simple qu'il paraisse au premier abord, peut donner lieu à bien des hésitations. Nous rapellerons simplement les diverses évolutions anatomiques et les différents aspects cliniques que peut prendre la tumeur. Nous savons déjà que, suivant le point où elle a pris naissance, elle peut se développer complètement au sein des fibres musculaires du col, ou bien faire issue dans la cavité cervicale ou vaginale, ou bien encore remonter le long des bords de l'utérus entre les feuillets du ligament large. Enfin, il est des cas où elle descend dans le tissu cellulaire qui entoure la paroi du vagin. C'est dire combien sont nombreuses les erreurs d'interprétation auxquelles peuvent donner lieu les kystes dont nous nous occupons.

Dans les cas probablement assez fréquents où la cavité kystique demeure enfouie dans l'épaisseur du muscle cervical, la maladie se traduira simplement par une hypertrophie du col. Cette hypertrophie sera uniformément généralisée si, comme on l'a vu quelquefois, les kystes sont nombreux et épais ; plus souvent, elle sera localisée et de préférence sur l'un des côtés de la lèvre antérieure.

On conçoit que le clinicien pensera probablement à l'une de ces métrites cervicales hypertrophiantes, qui quelquefois

s'accompagnent d'une notable augmentation de volume du museau de tanche; ou bien à un petit fibrome enchâssé dans l'une des lèvres du col. On peut bien dire que la cervicite provoquera des pertes blanches plus abondantes, que le petit fibrome du col s'accompagnera plutôt d'hémorragie ; mais tout cela est peu théorique, car la présence d'un kyste dans l'une des lèvres du col peut se traduire par l'un et l'autre de ces symptômes, et en réalité ce n'est guère qu'après avoir fait l'amputation du col, le schræder ou toute autre intervention, que l'on pourra préciser la nature du mal. Encore aura-t-on besoin, dans la plupart des cas, de recourir au microscope.

Les formations polypeuses qui prennent pédicule sur un point quelconque de la surface du col ne peuvent-elles pas arrêter un instant le diagnostic ? Il est quelquefois malaisé d'établir si elles sont de nature kystique ou non. Le polype fibreux est ordinairement plus hémorragique que le polype muqueux, glaudulaire ou kystique et que le kyste de Gærtner pédiculisé. Mais ce ne sont pas là des caractères absolus. On a vu, dans l'observation de Baraban et Vautrin, que le polype du col, s'accompagnant d'écoulement hémorragique et sanieux, devait être considéré comme une formation provenant des canaux de Wolff ou peut-être de Müller. Si les kystes embryonnaires pédiculisés étaient fréquents, beaucoup seraient confondus avec des polypes muqueux ou fibreux du col.

Il est encore assez difficile de préciser l'origine cervicale d'un kyste, qui, après s'être dégagé de la musculature du col, évolue dans le tissu cellulaire qui entoure le conduit vaginal. Il est probable que l'on songera plutôt à un kyste du vagin ayant pris naissance à la partie supérieure de ce conduit, et ici l'examen histologique sera d'un faible secours, puisque l'identité d'origine des deux formations a pour conséquence la similitude de la structure histologique. Cependant il faudra rechercher attentivement si la tumeur rénitente ne paraît pas

adhérer intimement au col. Il faudra rechercher surtout, au moment de l'intervention, si elle n'est pas reliée au col par un tractus, un cordon qui ne serait autre chose que le canal de Gærtner.

De même, quand l'évolution se fait du côté du ligament large, on peut avoir beaucoup de peine à les distinguer des kystes parovariens, qui, en se développant, occupent le même siège. Ici encore il faudra rechercher l'adhérence au col, la présence des autres portions du canal de Gærtner. De plus il faudra se rappeler que les kystes que nous étudions, même quand ils vont se placer dans le ligament large, sont presque toujours beaucoup plus hémorragiques que les kystes du parovaire avec lesquels on pourrait les confondre.

Enfin il est des cas où des fibromes ou même des sarcomes du col ont présenté des dégénérescences kystiques (1).

Il s'agit quelquefois de dégénérescence myxomateuse banale, avec formation de cavités à l'intérieur de la tumeur; d'autres fois, ce sont de véritables kystes gærtnériens pourvus d'un épithélium cylindrique cilié ou non. Ces transformations sont fréquentes dans les fibromes du corps de l'utérus, mais beaucoup plus rares dans les tumeurs fibreuses du col. Aussi n'avons-nous pas a y insister ici. En tout cas, l'épaisseur de la paroi, l'abondance du tissu musculaire, serait tou jours en faveur du fibro-myôme devenu secondairement kystique.

2° Et maintenant, comment établirons-nous l'origine gærtnérienne d'un kyste qui appartient au col ou qui tout au moins avait pris naissance au niveau du col. C'est surtout par la structure histologique. Nous rappelerons simplement que ces kystes présentent une couche de revêtement externe,

(1) Gayman, thèse de Paris, 1893.

riche en fibres musculaires, et un épithélium cylindrique avec ou sans cils vibratiles.

Un autre caractère sera plus important encore quand on le rencontrera ; c'est la présence d'un cordon creux qui sera en continuité avec le kyste et qui représentera les portions sus où sous-jacentes du canal de Gærtner.

Nous avons indiqué déjà ces caractères dans les pages qui précèdent ; nous voulons seulement dire quelques mots ici des œufs de Naboth, avec lesquels le diagnostic serait quelquefois difficile ou peut-être presque impossible dans quelques cas de kystes wolffiens, de faible volume, faisant saillie à la surface du col.

Le col, en effet, peut être encore le siège, dans les métrites chroniques, de formations kystiques depuis longtemps connues sous le nom d'œufs de Naboth. Elles apparaissent d'ordinaire au voisinage de l'orifice externe du col utérin ; mais elles peuvent se rencontrer aussi à l'intérieur de la cavité cervicale ou même sur le paroi externe du museau de tanche. Ce sont des bosselures, dont le volume, très variable, peut atteindre celui d'une petite cerise et qui renferment un liquide visqueux, jaune clair, quelquefois blanchâtre, de là l'aspect demi-transparent de ces formations.

Leur nombre peut être tel, qu'ils donnent naissance à une véritable dégénérescence kystique du col. Les œufs de Naboth sont presque toujours sessiles, mais ils peuvent se pédiculiser et donner naissance à de véritables polypes muqueux.

Comment pourra-t-on cliniquement différencier les œufs de Naboth des kystes du col? C'est une question que l'on se pose rarement. Les œufs de Naboth, en effet, sont d'observation fréquente ; pour les kystes gærtnériens, au contraire, il a été admis jusqu'ici qu'on ne les rencontrait que dans des cas très exceptionnels. Cependant, il est peut-être des cas nombreux où un examen miscroscopique attentif aurait révélé

des kystes d'origne wolffienne là où l'on aurait diagnostiqué des œufs de Naboth. Mais le miscroscope lui-même peut-il toujours trancher le différend ? Non, car la structure histologique des kystes de Naboth peut singulièrement se rapprocher de celle que l'on observe dans les kystes gærtnériens. En effet, les premiers se composent ordinairement d'une tunique externe fibreuse, tapissée intérieurement d'un épithélium cylindrique ou cubique. Or nous avons vu que l'épithélium cylindrique se rencontrait aussi dans les kystes gærtnériens. Cependant nous devons ajouter que ceux-ci comprennent des fibres musculaires lisses dans leur tunique externe, et que leur épithélium est souvent cilié, caractères qui ne se trouvent pas dans les œufs de Naboth, qui ont souvent un épithélium pavimenteux.

Quoi qu'il en soit, un seul signe sera, lorsqu'on pourra le rencontrer, pathognomonique de l'origine gærtnérienne ; ce sera la présence d'un canal partant du kyste, se prolongeant vers les côtés de l'utérus ou du vagin et présentant les caractères du canal de Gærtner.

TRAITEMENT

La thérapeutique des kystes gærtnériens du col ne présente guère d'indications spéciales.

L'ablation complète est la seule méthode que l'on doive employer, avec d'autant plus de raison, nous l'avons vu, que ces néoformations affectent volontiers une allure maligne.

C'est dire qu'on ne devra pas s'arrêter aux procédés de fonction simple ou d'incision. Il faudra éviter aussi les injections modificatrices, telles que : la teinture d'iode, le chlorure de zinc, etc., ete. Elles présenteraient ici un danger, par l'existence possible du prolongement gærtnérien, dont nous avons parlé, qui pourrait les conduire en des régions éloignées, où elles provoqueraient des phénomènes inflammatoires dangereux.

Quelle sera la technique de l'ablation ? Elle sera variable avec chaque cas. Un volumineux kyste qui se serait développé entre les feuillets du ligament large serait justiciable de la laparotomie. Mais ces cas sont rares et les interventions par la voie vaginale suffiraient dans la grande majorité des cas, même quand la néoformation aura franchi les limites du col pour se porter vers le tissu cellulaire du ligament large ou du vagin. A plus forte raison, cette intervention sera-t-elle justifiée quand la tumeur affectera la forme d'un polype pédiculisé sur le col.

Mais, dans la plupart des cas, il s'agit de petites collections qui ne franchissent guère les limites du col dont elles provoquent l'hypertrophie, ou qui apparaissent sur l'une des

lèvres sous la forme d'un œuf de Naboth volumineux. Alors l'amputation du col sera indiquée ; l'opération de Schrœder, par exemple, suffira quelquefois ; cependant il sera bon de faire une ablation large, pour prévenir les récidives possibles et pour détruire aussi loin que possible le prolongement gærtnérien dont nous avons dit toute l'importance. Enfin, quand ce prolongement sera bien visible, il faudra le lier et le détruire complètement, si l'on le peut, en cautérisant tout ce qui pourrait en rester.

Observation I

(INÉDITE)

(Service de M. le professeur TÉDENAT, salle Dessault, 31)

Kyste de la paroi antérieure du col utérin

Catherine B.... âgée de quarante-cinq ans, née à Perpignan, entre le 13 mai 1899, dans le service de M. le professeur Tédenat.

La malade a été toujours en bonne santé ; réglée à l'âge de dix-sept ans, la menstruation est régulière, dure de trois à quatre jours, indolore et perd peu à la fois. Mariée à l'âge de vingt-cinq ans, a eu trois grossesses bonnes. Accouchements normaux à terme. Suites de couches bonnes. Quelques pertes blanches à la suite du dernier accouchement, il y a treize ans.

N'a pas d'antécédents héréditaires, frères et sœurs bien portants.

Maladie actuelle. — Il y a deux ans, la malade a commencé à s'apercevoir que les règles, qui ne duraient que trois ou quatre jours, duraient cinq à six jours. Sans douleurs, sans rouge, peu de caillots, pas d'odeur, pas d'hydrorrée, quelques pertes blanches.

Depuis trois mois environ, la malade a commencé à perdre plus abondamment. Tous les quinze jours environ, les métrorragies se reproduisaient durant environ cinq jours et très abondantes chaque fois. Peu de caillots. Pas de douleurs. Pas d'augmentation du volume du ventre. Pas de troubles de la miction. Pas de constipation. Perte d'appétit. Amaigrissement.

Etat actuel. — Paroi abdominale flasque, ridée, conservant pli sénile. Légère pneumatose.

Toucher vaginal. — Vulve et vagin normaux, cul-de-sac postérieur et latéral normaux. Cul-de-sac antérieur diminué par une petite tumeur. Le col est épais, long de huit à douze millimètres, il est ouvert et il encadre, par ses trois-quarts postérieurs et latéraux, une tumeur arrondie, qui le continue avec l'autre quart du col dans lequel elle prend naissance.

Cette tumeur est sessile et s'implante assez haut dans l'intérieur du col. La main appliquée sur l'utérus sent qu'il remonte à cinq ou six travers de doigt au-dessus du pubis, à droite de la ligne médiane. A gauche, il présente des bosselures dures, et c'est une de ces dernières qui vient remplir le fornix antérieur. L'utérus est mobile, et, bien qu'on ne puisse apprécier exactement l'état des annexes, on peut penser qu'elles ne sont pas lésées à cause de l'absence de douleurs.

Opération. — Le 21 mai, on tombe sur un kyste occupant la paroi antérieure de l'utérus, descendant jusqu'au col et qui donnait cette sensation de tumeur dans le cul-de-sac antérieur au toucher. On dissèque ce petit kyste, on curette et l'on suture les lèvres de la plaie au catgut. On fait le lavage vaginal et l'on tamponne à la gaze iodoformée.

Le 25. — On fait un pansement et l'on constate qu'il n'y a pas de suppuration, que les tissus sont souples et qu'il n'existe pas d'inflammation péri-utérine.

Le 28. — Deuxième pansement avec lavage vaginal et lavage au reverdin.

Le 4 juin. — La cicatrisation est complète. La cicatrice est souple et ne défarme en rien le cul-de-sac antérieur.

Examen de la pièce. — Le liquide clair, légèrement visqueux contenait de nombreuses cellules épithéliales cubiques, à gros noyau.

La paroi du kyste était formée de tissu connectif, avec quelques rares fibres élastiques, avec à la périphérie des fibres musculaires lisses appartenant probablement à l'utérus. Sa face interne présentait des papilles très nettes et était recouverte d'une seule couche d'épithélium cubique allongée.

(Observation recueillie par M. Brintet.)

L'opération n'a pas révélé l'existence d'un cordon gærtnérien. Toutefois l'examen histologique et les dimensions de la

tumeur ne permettant guère de penser à autre chose qu'à un kyste d'origine welfienne.

Observation II

(Professeur Tédenat)

Kyste de la région isthmale de la paroi antérieure du col de l'utérus

Julie C..., trente et un an. Antécédents héréditaires sans importance. De bonne constitution, J. C. a été réglée à treize ans. Les règles très régulières duraient quatre jours. Mariée à vingt et un an. Accouchements normaux à vingt-trois, vingt-six ans. Depuis deux ans, les règles sont plus abondantes, avec de petits caillots, et durent sept ou huit jours. Depuis un an, sensation de pesanteur dans le bassin, mictions plus fréquentes. La malade est adressée à M. Tédenat, pour un prolapsus, le 5 juin 1900.

Un peu de leucorrhée après les règles. Col en bon état, sans érosion, ni éversion, ni œuf de Naboth. A trois centimètres de la vulve, le doigt arrive sur une tumeur arrondie, du volume d'un œuf de poule, dur et lisse, abaissant le fornix antérieur qui est mobile sur la tumeur. A cause de la dureté de la tumeur, les menstrues sont plus abondantes et plus prolongées qu'à l'ordinaire, M. Tédenat diagnostique un myome sous-séreux de la partie supérieure du col. L'utérus mesure 7 centimètres.

Le 7 juin, la malade soumise depuis deux jours à l'asepsie du vagin est opérée après anesthésie. Section avec les ciseaux de la muqueuse vaginale sur le col. Le décollement en est facile. La tumeur apparaît grise-bleuâtre, dure tendue, mais d'aspect kystique. Le col étant attiré en bas par une pince tire-balle, les ciseaux sculptent la paroi postérieure de la tumeur qui fait corps avec le col utérin ; à petits coups de ciseaux, la tumeur est détachée entière. Suintement sanguin peu abondant. Quatre points de suture ferment l'incision transversale. On emploie le catgut. Tamponnement du vagin avec la gaze iodoformée.

Le 13 juin, la guérison est complète.

Examen de la pièce. — Le kyste pèse 75 grammes. Le liquide est visqueux, clair. Il contient des cellules cylindriques et cubiques, à noyau volumineux, avec quelques granulations. La paroi, formée de

fibres connectives avec quelques rares fibres élastiques, présente en divers points des faisceaux de fibres musculaires lisses. Sa face interne est plissée et est revêtue d'une couche d'épithélium cubique à une seule couche.

CONCLUSIONS

1° Le canal de Gærtner se rencontre, environ une fois sur trois, chez la femme adulte ; son importance est considérable dans le développement de certains kystes du ligament large ou du vagin.

2° La fréquence des kystes gærtnériens du col utérin semble être plus grande qu'on ne l'a indiqué jusqu'ici dans les auteurs français.

3° La rareté relative des kystes gærtnériens du col utérin pourrait bien être due à la densité du tissu musculaire cervical, au milieu duquel est plongé le canal de Gærtner.

4° Les kystes gærtnériens du col siègent, de préférence, à la partie latérale de la lèvre antérieure et présentent, d'ordinaire, un faible volume. Toutefois, ils peuvent s'étendre entre les deux feuillets du ligament large ou sur les côtés du vagin.

5° Ces kystes sont tapissés par un épithélium cylindrique avec ou sans cils vibratiles. C'est un signe important pour le diagnostic. Mais un caractère plus important encore, quand il existe, c'est qu'ils sont rattachés à un petit cordon fibreux qui représente la portion voisine du canal de Gærtner.

6° La production de ces kystes semble due à une prolifération active de l'épithélium du canal de Gærtner. Dans la suite, les cellules cylindriques deviennent cellules à mucus et sécrètent le contenu du kyste.

7° Le pronostic peut être grave dans les cas où cette prolifération devient très active.

ERRATUM

Page 38, après la sixième ligne, ajouter le paragraphe suivant

Sur des coupes transversales successives de la paroi cervicale droite on voit d'abord, au milieu de la muqueuse, recouverte de kystes, du côté externe, une petite tache sous forme de croissant, évidemment un faisceau de fibres conjonctives et musculaires, disposées longitudinalement. Un peu plus haut, celui-ci s'éloigne petit à petit de la limite externe de la muqueuse et prend alors une direction oblique, pour atteindre le bord latéral de la paroi cervicale, à la même hauteur que l'orifice, pour mieux se délimiter à ce niveau, mais il reste toujours logé dans le myométrium. La dernière partie contient, dans son axe, un petit canal simple, tapissé de petites cellules cylindriques ; ici le cordon est formé, presque exclusivement, par des fibres musculaires ; le tout, par conséquent, est un véritable canal de Gærtner. A la partie inférieure du corps de l'utérus on ne trouve rien d'analogue. Par contre, le faisceau longitudinal renferme, sur des coupes faites à un niveau inférieur, un groupe de glandes en tube, qui sont recourbées. Le plus souvent, il existe, au milieu du groupe, un canal plus grand et même élargi, qui reçoit les autres comme des embranchements. Le groupe des glandes en tube est tellement caractéristique, qu'on peut reconnaître que c'est un canal de Wolff, avec des annexes glandulaires, même là où le cordon se fusionne directement avec la limite externe de la muqueuse. Quelques petits kystes situés au milieu du myométrium, contigu à la paroi cervicale, ont pu provenir des tubes wolffiens, mais ils n'offrent pas dans leur structure un point précis,

qui puisse permettre de les différencier des nombreux kystes qui, évidemment, ont pris naissance aux dépens des glandes de la muqueuse.

*
* *

Page 42, à la fin du chapitre, ajouter le paragraphe suivant :

Le gonflement plat, sus-mentionné, de la moitié droite de la paroi ventrale de l'utérus, dont le sommet est à une distance de 12 millim. du rebord de l'utérus et de sa ligne médiane, paraît être formé, à la coupe, par une tumeur solide intra-murale (interstitielle), dont la coupe sagittale mesure 7 sur 5 et qui montre les caractères habituels du fibrome utérin. Bien que cette tumeur se distingue encore par la confusion de ces limites, elle est cependant recouverte, du côté de la face externe, ainsi que du côté de la muqueuse, d'une mince couche de substance utérine qui se laisse reconnaître facilement à sa consistance uniforme et faible, malgré l'absence d'une structure fasciculée. Les détails microscopiques de l'adénomyome se montrent d'une façon très évidente. Les parties principales de la tumeur, transparentes à l'examen microscopique, sont constituées par un tissu myomateux suffisamment dense, mais un peu pauvre en éléments cellulaires. Les figures ramifiées renferment des glandes en tube, et là où, à l'œil nu même, elles paraissent larges, un grand nombre d'elles, allongées, sont revêtues d'un épithélium cylindrique et placées dans un tissu conjonctif cytogène très développé.

Tandis qu'à la paroi cervicale droite, sur deux coupes transversales, en dedans de la musculature propre, on ne trouve pas trace de glandes en tube, pas même d'un véritable canal de Gærtner, ou un faisceau fibrillaire relatif, on trouve, au contraire, à gauche, au niveau de l'orifice interne de l'utérus, au milieu du tissu musculaire, un cordon de tissu conjonctif cytogène avec de petites glandes, et un peu plus loin, sur le bord externe, au milieu de gros troncs vasculaires, un cordon, dont la coupe transversale renferme deux orifices munis d'une membrane épithéliale, dont les cellules sont disposées en une seule couche, et, à côté, une glande en tube, courte, avec un épithélium cylindrique. D'après sa situation et sa structure, ce cordon est un canal de Gærtner, si, en tout cas, il ne s'agit pas d'un fragment de la muqueuse cervicale avec kystes, enfoncé dans la fissure cervicale.

BIBLIOGRAPHIE

Chalot. — Annales de gynécologie, 1892.

Cornil. — Communication à la Société anatomique de Paris, juillet 1888.

Debierre. — Société de biologie, 1885.

Delbet et Le Dentu. — Traité de Chirurgie, 1902.

Feurtet. — Kystes du vagin, thèse de Paris, 1901.

Hertwig. — Embryologie (traduction), Paris, 1892.

Labaldie, Lagrave et Leguen. — Trait. de gynéc., Paris, 1898.

Lawson Tait. — Maladie des femmes, 1891.

Nekdow. — Contrib. à l'étude des kystes wolffiens. Th. Montp., 1897.

Pavlitis. — Fibromes kystiques de l'utérus. Th. Montp. 1900.

Petit. — Diction. encyclop. de science médicale. Kystes du vagin

Pilliet et Souligoux. — Bulletin Soc. anatom., 1894.

Pilliet. — Les débris du corps de Wloff et leur rôle dans la pathogénie des tumeurs. Trib. médicale, 1889.

Recklingausen. — Die Adenomyome und Cystadenomyome der. Uterus und Tubwand, Strasbourg, 1896.

Kieder. — Ueber die Gärtner 'schen canal beim Menschliden Weibe. Wirch's Arch. Bd. 96, s. 100, 1884.

Dorhn. — Ueber die Gärtner 'chen canale beim Weibe. Archi. gyn. Bd. XXI, 1883.

Testut. — Anatomie humaine, 1897.

Vu et approuvé :

Montpellier, le 15 juillet 1902.

Le Doyen,

MAIRET.

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 15 juillet 1902.

Le Recteur de l'Académie,

Ant. BENOIST.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque!